

Interim Assistance Reimbursement Authorization

CASE NAME	SOCIAL SECURITY NUMBER	CLIENT ID NUMBER	TELEPHONE NUMBER
STREET ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE
MAILING ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE

The term State means the Department of Social and Health Services.

What am I authorizing the State to do by signing this authorization?

If I am found eligible to receive Supplemental Security Income (SSI) benefits, I understand I am authorizing the Commissioner of the Social Security Administration (SSA) to send:

- My first retroactive payment of SSI benefits to the State; or
- If Federal law restricts the way my SSI money is released to me, send to the state only an amount equal to the amount of reimbursable public assistance I received from the State.

How will the State be paid for the reimbursable public assistance it gave me?

The State will deduct from my first retroactive SSI payment an amount of money equal to the amount I received from the State for the period starting with the first month I am eligible for a SSI payment and ending the month my SSI payment begins. If the State cannot promptly stop my public assistance payment, the period ends the following month. If Federal law restricts the way I can receive any excess money, SSA will send the State only an amount equal to the money I received from the state. The State will not deduct any money for benefits funded wholly or in part by federal dollars.

What happens if the State gets too much money?

The State will send any excess money to me with a letter telling me how much money the State kept within 10 working days after the State receives the payment from SSA.

What do I do if SSA sends the first payment to me?

I will endorse the check "payable to the State of Washington" and send it to:

STATE OF WASHINGTON
OFFICE OF FINANCIAL RECOVERY (OFR), MAIL STOP 5862
PO BOX 9501
OLYMPIA WA 98507-9501

How long is this authorization effective?

This authorization is binding on the State and me for one calendar year from the date the State receives it. This authorization must be signed and dated by both a State representative and me to be a valid authorization. SSA will keep this authorization on file for one year.

If I file an SSI application or have already filed an SSI application, this authorization is effective even if beyond one calendar year until:

- I get my first initial SSI payment; or
- I don't file a timely request for review and the maximum period permitted to request administrative or judicial review expires; or
- The State and I agree to terminate this authorization.

This authorization is not binding on me if the State does not notify SSA that I have signed this authorization within 30 calendar days of the date I sign this form.

Does this authorization serve as a protective filing for SSI benefits?

Yes, if I have not already filed a SSI application and I intend to file an application for SSI, this form is notice from SSA that I have 60 days to file a SSI application in order to protect my filing date. If my application is approved my SSI benefits may be effective the date I sign this form. If I do not file an application for SSI benefits within 60 days, this authorization no longer protects my filing date for SSI.

I have the right to a Fair Hearing if I disagree with any action taken by the State regarding this authorization and refund.

CLIENT SIGNATURE	DATE
DSHS REPRESENTATIVE SIGNATURE	DATE RECEIVED BY DSHS



Разрешение на возмещение временной помощи
Interim Assistance Reimbursement Authorization

НАИМЕНОВАНИЕ ДЕЛА	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КАИЕНТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС

Термин "Штат" означает Департамент социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services).

Какие права я передаю Штату, подписывая настоящее разрешение?

Если я буду признан имеющим право на получение Дополнительной социальной помощи (Supplemental Security Income, SSI), я понимаю, что я даю разрешение уполномоченному лицу из Администрации социального обеспечения (Social Security Administration, SSA) отправить:

- Штату первую предназначающуюся мне выплату пособия SSI за прошлый период или
- Если федеральное законодательство ограничивает способ выдачи мне предназначенных для меня денежных пособий SSI, отправить Штату только сумму, равную сумме компенсации государственной помощи, которую я получил от Штата.

Как Штат получит оплату за компенсацию социальной помощи, которую он мне оказывал?

Штат вычтет из моего первого платежа SSI за прошлый период сумму, равную сумме, которую я получил от Штата за период, начиная с первого месяца получения мною права на оплату SSI и заканчивая месяцем, когда началась выплата SSI. Если штат не может быстро прекратить выплату мне государственной помощи, этот период закончится в следующем месяце. Если федеральное законодательство ограничивает способ получения мной любой излишней суммы денег, SSA направит Штату только сумму, равную сумме полученных мною от штата денег. Штат не будет вычитать никакие деньги за льготы, оплачиваемые полностью или частично федеральными средствами.

Что происходит в случае, если Штат получает слишком много денег?

Штат вышлет мне лишние деньги с письмом, в котором укажет, сколько денег Штат удержал, в течение 10 рабочих дней после получения Штатом оплаты от SSA.

Что мне нужно делать, если SSA высылает мне первый платеж?

Я сделаю на чеке передаточную надпись "payable to the State of Washington" ("подлежит оплате в пользу Штата Вашингтон") и отправлю чек по адресу:

STATE OF WASHINGTON
OFFICE OF FINANCIAL RECOVERY (OFR), MAIL STOP 5862
PO BOX 9501
OLYMPIA WA 98507-9501

Как долго действует разрешение?

Это разрешение является обязательным для Штата и для меня в течение одного календарного года после даты получения его Штатом. Это разрешение должно быть подписано и датировано представителем Штата и мной, чтобы оно вступило в силу. SSA будет хранить это разрешение в деле в течение одного года.

Если я подам заявление на получение помощи SSI или уже подал такое заявление, это разрешение будет действовать даже более одного календарного года до тех пор, пока:

- Я не получу мой первый платеж SSI или
- Не возникнет ситуация, при которой я не смог вовремя подать запрос на рассмотрение и при этом истек максимальный срок, разрешенный для запроса на административное или судебное рассмотрение, или
- Штат и я не согласимся отменить данное разрешение.

Это разрешение не является для меня обязательным, если Штат не уведомит SSA, что я подписал это разрешение в течение 30 календарных дней после даты подписания мной этой формы.

Считается ли это разрешение документом, закрепляющим дату подачи заявления на получение льгот SSI?

Да, если я еще не подал заявление на получение помощи SSI и собираюсь подать такое заявление, то данная форма служит в качестве уведомления от SSA о том, что у меня есть 60 дней для подачи заявления на получение помощи SSI, и закрепляет за мной дату подачи моего заявления. Если мое заявление будет утверждено, моя помощь SSI может начать действовать с даты подписания мной данной формы. Если я не подам заявление на получение помощи SSI в течение 60 дней, это разрешение больше не будет выступать в качестве закрепления за мной даты подачи моего заявления на получение SSI.

Я имею право на Справедливое слушание, если я не согласен с любыми действиями, предпринятыми Штатом в отношении данного разрешения и оплаты.

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА	ДАТА
ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ДЕПАРТАМЕНТА DSHS	ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ФОРМЫ ОТ ДЕПАРТАМЕНТА DSHS



Application for Benefits

If you need help reading or completing this form, please ask us for help.

Заявление на получение пособий

Обратитесь к нам, если вам нужна помощь в прочтении или заполнении этой формы.

Как подать заявление на получение пособий?

- Для того, чтобы ваше заявление было рассмотрено, заполните страницы 3, 4, 5 и 6.
- Если вам нужна помощь, отметьте квадратик на стр. 3.
- Отправьте по почте или принесите заявление в местный офис соцобеспечения.
- Если у вас нет постоянного адреса, сообщите об этом регистратору.
- **Когда вы предоставите всю необходимую информацию, мы определим, имеете ли вы право на такие бенефиты, как денежная помощь (cash assistance) или медицинское страховое пособие (medical assistance).**

Если мне требуется помощь с продуктами питания немедленно?

Ответьте на вопросы 1-14 и сразу отдайте заявление регистратору. Если вы в настоящий момент находитесь не в офисе соцобеспечения, то отправьте туда заявление по почте или принесите лично.

- Прежде всего, укажите свое полное имя и адрес, а также подпишитесь на стр. 3.
- Продовольственная помощь (food assistance) оказывается с того дня, когда вы подадите заявление.

Вы можете рассчитывать на то, что вам начнут оказывать продовольственную помощь в течение пяти (5) дней после того, как вы подали заявление, если:

- вы предъявите документ, удостоверяющий вашу личность; **и**
- у вашей семьи низкий доход и материальные ресурсы/сбережения; **или**
- доход и материальные ресурсы/сбережения вашей семьи не достаточны для того, чтобы оплачивать ежемесячную квартплату и коммунальные услуги; **или**
- в составе вашей семьи есть переселенец или сезонный с/х работник без средств к существованию.

Важная информация о ваших гражданских правах

В соответствии с федеральным законодательством и инструкциями Министерства сельского хозяйства США (USDA) и Министерства здравоохранения и социального обеспечения США (HHS), наше учреждение не имеет права дискриминировать на основании расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста или инвалидности. Закон о продовольственных талонах и инструкции USDA также запрещают дискриминацию на основании религиозных убеждений или политических взглядов. С жалобой на дискриминацию можно обратиться как в USDA, так и в HHS. Адрес: USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410; телефон: (800) 795-3272; TTY: (202) 720-6382. Адрес: HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; телефон: (202) 619-0403; TTY: (202) 619-3257. USDA и HHS не дискриминируют при оказании услуг и трудоустройстве.

Важная информация об иммиграционном статусе и номерах соцобеспечения

- Вы имеете право подать заявление на получение пособий для отдельных членов вашей семьи, даже если в вашей семье есть кто-либо, кто не имеет права на пособия из-за его/её иммиграционного статуса. Штат Вашингтон предлагает ряд программ медицинского страхования для лиц, не имеющих номера соцобеспечения или доказательства наличия законного иммиграционного статуса.
- Если вам требуется денежная или продовольственная помощь, вы должны предоставить номера соцобеспечения или доказательство наличия законного иммиграционного статуса только для тех лиц, которые указаны в заявлении. Вы также можете указать на добровольной основе номера соцобеспечения тех членов семьи, которые не указаны в заявлении; эти номера будут использованы только для проверки вашего семейного дохода или иной информации, необходимой для определениия того, имеете ли вы право на пособия. Доход и материальные ресурсы/сбережения членов семьи, не указанных в заявлении, также могут подлежать проверке.



Важная информация о гражданстве и удостоверении личности для получении страховки Medicaid

Для получения страховки Medicaid граждане США должны предоставить доказательство своего гражданства и удостоверения личности. Мы можем помочь вам в получении соответствующих документов. Если мы потребуем от вас документ, получение которого не является бесплатным, мы составим соответствующую документацию и оплатим расходы. Если у вас есть страховка Medicare, или вы являетесь получателем пособия Supplemental Security Income (SSI), предоставления доказательства гражданства и удостоверения личности не требуется.

К документам, доказывающим гражданство США, в частности, относятся:

- Паспорт США.
- Сертификат натурализации или гражданства.
- Удостоверение члена индейского племени с фотографией.
- Официальное свидетельство о рождении, выданное одним из штатов или округов США.

К удостоверениям личности, в частности, относятся:

- Водительские права, выданные одним из штатов США.
- Удостоверение личности, выданное одним из штатов США или Вооруженными Силами США, с фотографией.
- Удостоверение личности члена одного из индейских племен США или одной из коренных народностей Аляски.
- Для детей до 16 лет - заполненная документация о гражданстве и декларация, удостоверяющая личность.

Важная информация о конфиденциальности и продовольственной помощи

Действующий Закон о фуд-стемпах разрешает департаментам соцобеспечения собирать информацию, содержащуюся в ответах на вопросы заявления. Часть этой информации подлежит проверке путем сравнения сведений, содержащихся в компьютерных базах данных.

Мы используем эту информацию для того, чтобы:

- определить, кто имеет право пользоваться нашими программами;
- возвратить неправомерно начисленную продовольственную помощь;
- управлять нашими программами;
- убедиться, что мы соблюдаем законодательство.

Мы имеем право передавать полученную информацию:

- федеральным ведомствам и ведомствам на уровне штата для официального использования;
- правоохранительным органам, разыскивающим нарушителей закона;
- частным агентствам по взысканию долгов для возвращения неправомерно начисленной продовольственной помощи.

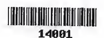
Важная информация о компенсации затрат, понесенных штатом в рамках программ Medical и Long-Term Care

Если вы начали пользоваться страховкой Medicaid или программой долгосрочного ухода (Long-Term Care) по достижении возраста 55 лет, законодательство разрешает нам добиваться компенсации затрат, понесенных Департаментом социальных и медицинских услуг (DSHS) по страховой оплате, оказанию медицинских услуг и долгосрочному уходу за счет имущества, которое останется после вашей смерти (т.е. имущества, которым вы владели на момент смерти). Затраты, понесенные на долгосрочный уход в рамках программы, оплачиваемой только штатом, могут подлежать компенсации независимо от того, в каком возрасте вы начали пользоваться этой программой. Мы не имеем права добиваться подобной компенсации до смерти обоих супругов. Если у вас останутся наследники, которые находились на вашем иждивении, мы можем отложить процедуру компенсации, если установим, что это привело бы к материальным трудностям для ваших наследников. Закон о компенсации может не распространяется на землю индейских резерваций.

Если вы в настоящее время являетесь постоянным пациентом дома престарелых или другого медицинского учреждения и получаете Medicaid, DSHS имеет право подать петицию об удержании стоимости затрат по страховой оплате, оказанию медицинских услуг и долгосрочному уходу за вами из вашего имущества. В этом случае затраты будут возмещены за счет ваших сбережений или продажи имущества. Если вы вернетесь домой, петиция об удержании стоимости затрат из вашего имущества будет отозвана. Петиция об использовании вашего дома в качестве залога не будет подана, если:

- в нем живет ваш(а) супруг(а);
- в нем живет ваш ребенок, и он слепой или инвалид, либо моложе 21 года;
- в нем живет ваш брат или ваша сестра, которые зарегистрированы в качестве домовладельцев, при условии что брат или сестра жили в этом доме не менее одного года **непосредственно** предшествующие вашему поступлению в учреждение вашего нынешнего пребывания.

Программа Long-Term Care включает в себя: COPES, Medicaid Personal Care, Nursing Home services, adult day health, private duty nursing, 4 программы, предоставляемые патронажной службой (HCBS) при отделе психической и неврологической инвалидности (DDD) - Basic, Basic Plus, Core и Community Protection, а также другие услуги, предоставляемые DDD и HCBS.





Application for Benefits

☐ If you need help filling out this form, please check this box.

Заявление на получение пособий

☐ Отметьте этот квадратик, если вам нужна помощь в заполнении этой формы.

FOR OFFICE USE ONLY
DATE RECEIVED INITIALS

1. ИМЯ ВТОРОЕ ИМЯ/ОТЧЕСТВО ФАМИЛИЯ ПОДПИСЬ (ОБЯЗАТЕЛЬНО)

2. ПЕРСОНАЛЬНЫЙ НОМЕР В СИСТЕМЕ СОЦОБЕСПЕЧЕНИЯ (если известен)

3. № ДОМА, УЛИЦА, КВАРТИРА (где вы проживаете) ГОРОД ШТАТ ИНДЕКС

4. ДОМАШНИЙ ИЛИ КОНТАКТНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА ______________

5. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (если отличается) ГОРОД ШТАТ ИНДЕКС

6. ДОМАШНИЙ ИЛИ КОНТАКТНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА

7. АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ

8. НОМЕР МОБИЛЬНОГО ТЕЛЕФОНА

9. Я подаю заявление на (отметьте всё, что применимо):
- ☐ Денежную помощь
- ☐ Продовольств. помощь
- ☐ Пособие мед. страхования
- ☐ COPES (программы Assisted Living или In-Home Care)
- ☐ Помощь в Доме престар.
- ☐ Лечение от наркомании или алкоголизма
- ☐ Другие (укажите): ______________

10. Сколько приблизительно ваша семья заработает в текущем месяце? $______________
11. Сколько у вашей семьи денег наличными и на всех банковских счетах? $______________
12. Сколько ваша семья платит за жильё (квартплату либо моргидж) ? $______________
13. Какие коммунальные услуги оплачивает ваша семья? ☐ Отопление/кондиционирование ☐ Телефон ☐ Другие: ______________
14. Есть ли в составе вашей семьи переселенец или сезонный с/х работник без средств к существованию? ☐ Да ☐ Нет

FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: ☐ Yes ☐ No Screener's Initials: ________ Date: ______________

15. Я прошу провести собеседование по телефону, так как я: ☐ пожилой человек ☐ инвалид ☐ работаю ☐ другие обстоятельства: ______
16. ☐ Мне нужен переводчик. Мой родной язык: ______________ либо язык глухонемых ☐; я хотел бы получать письма на: ______________ языке.
17. Если вы подаете заявление на фуд-стемпы, на сколько человек у вас в семье вы покупаете и готовите пищу? ____
18. В течение минувших 30 дней я получал денежную или продовольственную помощь, либо пособие медицинского страхования от другого штата или иного источника: ☐ Да ☐ Нет
19. Я сам либо лицо, от имени которого я подаю завление, скрывается от закона, чтобы избежать суда либо тюрьмы за серьезное преступление (фелони): ☐ Да ☐ Нет
20. Я либо кто-то в моей семье (отметьте всё, что применимо):
- ☐ серьезно болен
- ☐ получил уведомление о выселении
- ☐ является жертвой бытового насилия
- ☐ беременна; намеченная дата родов: ______________
- ☐ отключен от коммунальных услуг или отопления из-за неуплаты счетов
- ☐ является инвалидом (укажите тип инвалидности):

21. Перечислите всех членов своей семьи, включая тех, на кого вы не подаете заявления (если необходимо, продолжите на отдельном листе бумаги).

ПОЛНОЕ ИМЯ (ИМЯ, ВТОРОЕ ИМЯ/ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ)	ПОЛ М или Ж	РОДСТВО ПО ОТНОШЕНИЮ К ВАМ	НУЖНЫ ЛИ ЭТОМУ ЧЕЛОВЕКУ ПОСОБИЯ? ДА НЕТ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	СТУДЕНТ? ДА НЕТ	ЭТИ ВОПРОСЫ ОБЯЗАТЕЛЬНЫ ТОЛЬКО ДЛЯ ЗАЯВИТЕЛЕЙ: ГРАЖДАНИН США? ДА НЕТ	МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ГОРОД и ШТАТ/ГОСУДАРСТВО)	№ СОЦОБЕСПЕЧЕНИЯ
		Я сам(а)	☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
			☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
			☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
			☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
			☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
			☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		

22. **Вы можете отвечать или не отвечать на вопросы этого пункта; полученные сведения не повлияют на рассмотрение вашего заявления на получение пособий. Если вы обращаетесь за продовольственной помощью и не ответите на эти вопросы, мы сами заполним ответы в соответствии с инструкциями USDA.**

Я латиноамериканского происхождения: ☐ Да ☐ Нет Я отношу себя к следующей этнической группе (отметьте все, что применимо):
☐ белой ☐ черной/афро-американской ☐ азиатской ☐ коренному народу Гавайских о-вов либо других островов Тихого океана
☐ американским индейцам либо одной из коренных народностей Аляски; название племени: ☐ другой (укажите):

Barcode label



I. Общая информация

1. Все, на кого я подаю заявление, проживают в штате Вашингтон: ☐ Да ☐ Нет Если да, с какого времени (дата): ____________________
2. Я или кто-либо в моей семье являюсь иммигрантом, у которого есть спонсор: ☐ Да ☐ Нет
3. Кто-то из членов моей семьи временно проживает вне дома: ☐ Да ☐ Нет Если да, кто (перечислите): ____________________
4. Я или кто-либо в моей семье является ветераном ВС США либо зависимым членом семьи/супругом ветерана (ныне живущего или умершего): ☐ Да ☐ Нет
5. Я живу в: ☐ собственном доме или квартире ☐ семейном общежитии (Adult Family Home) ☐ общежитии (Group Home) ☐ специализированном учреждении (укажите тип): ____________ ☐ Другое: ____________________
6. Я: ☐ холост (не замужем) ☐ женат (замужем) ☐ разведен(а) ☐ живу отдельно от супруга (-и) ☐ вдовец (вдова)

II. Медицинская и страховая информация

У меня или нас (отметьте квадратик, который к вам относится):

1. есть проблемы со здоровьем, которые не позволяют мне (нам) работать.......... ☐ Да ☐ Нет
2. есть неоплаченные медицинские счета.......... ☐ Да ☐ Нет
3. есть неоплаченные медицинские счета за последние 3 месяца, по оплате которых требуется помощь ... ☐ Да ☐ Нет
4. недавно была госпитализация в больнице, доме престарелых либо ином медучреждении, или я (мы) сейчас нахожусь (находимся) либо планирую (планируем) поступить в такое учреждение .... ☐ Да ☐ Нет
5. есть медицинская страховка (включая Tricare или Long-Term Care).......... ☐ Да ☐ Нет
6. есть Medicare (ВНИМАНИЕ: это не то же самое, что медицинское страхование DSHS).......... ☐ Да ☐ Нет
7. была авария либо иной несчастный случай, который требует медицинского ухода .... ☐ Да ☐ Нет

III. Материальные ресурсы и сбережения

Вам не нужно заполнять этот раздел, если вы подаете заявление ТОЛЬКО на медицинское страхование для детей или по беременности.

Помимо перечисленных ниже материальных ресурсов, к этой категории также относятся наличные деньги, деньги, которые вы одолжили кому-либо или отдали на хранение, договоры о продаже, домашний скот, посевы и оборудование, используемое для заработка.

1. У меня, моего супруга (моей супруги) или других лиц, от имени которых я подаю заявление, есть материальные ресурсы/сбережения: ☐ Да ☐ Нет Если да, укажите ниже:

ТИП МАТЕРИАЛЬНЫХ РЕСУРСОВ	КОМУ ПРИНАДЛЕЖАТ?	ГДЕ НАХОДЯТСЯ? (напр., НАЗВАНИЕ БАНКА)	СУММА ИЛИ СТОИМОСТЬ	КОМУ ПРИНАДЛЕЖАТ?	ГДЕ НАХОДЯТСЯ? (напр., НАЗВАНИЕ БАНКА)	СУММА ИЛИ СТОИМОСТЬ
Чековый счет			$			$
Сберегательный счет или счет в кредитном союзе			$			$
Срочный вклад (CD) или депозитный счет денежного рынка			$			$
Доверительный фонд (trust)			$			$
Акции, облигации или инвестиционные фонды (mutual fund)			$			$
Пенсионный фонд или счет IRA			$			$
Похоронные фонды или программы либо участки на кладбище			$			$
Полис страхования жизни			$			$
Жилой фонд			$			$
Другое:			$			$
Другое:			$			$

2. Я, мой супруг (моя супруга) или другие лица, от имени которых я подаю заявление, в течение последних 5 лет продали, обменяли, подарили или переписали на другое имя что-либо из материальных ресурсов (включая передачу в доверительный фонд или в пожизненное владение): ☐ Да ☐ Нет Если да, что?____________________ Когда? ____________
3. У меня или других лиц, от имени которых я подаю заявление, есть следующие транспортные средства (включая грузовики, микроавтобусы, лодки и трейлеры):

ГОД (напр., 1980)	МАРКА (напр., ФОРД)	МОДЕЛЬ (напр., «ЭСКОРТ»)	АРЕНДОВАН?	Я (МЫ) ИСПОЛЬЗУЕМ ЭТО ТРАНСПОРТНОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ.	Я (МЫ) В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ВЛАДЕЕМ ЭТИМ СРЕДСТВОМ.
			☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
			☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет

14001

ИМЯ, ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ	НОМЕР СОЦОБЕСПЕЧЕНИЯ	ПЕРСОНАЛЬНЫЙ НОМЕР В СИСТЕМЕ СОЦОБЕСПЕЧЕНИЯ

IV. Доход

1. У меня, моего супруга (моей супруги) или других лиц, от имени которых я подаю заявление, есть доход в форме заработка:
☐ Да ☐ Нет Если да, заполните этот раздел:

КТО ПОЛУЧАЕТ ЭТОТ ЗАРАБОТОК? ____ НАЗВАНИЕ МЕСТА РАБОТЫ (ИЛИ ИМЯ РАБОТОДАТЕЛЯ) И № ТЕЛЕФОНА ____ ДАТА НАЧАЛА РАБОТЫ ____ Является ли эта работа собственным бизнесом? ☐ Да ☐ Нет	ОБЩАЯ СУММА ЗАРАБОТКА (В ДОЛЛАРАХ ДО ВЫЧЕТА НАЛОГОВ) $____ в: ☐ час ☐ неделю ☐ две недели ☐ пол-месяца ☐ месяц Количество часов в неделю: ____ Дни оплаты (напр., 1-ое или 15-ое, либо каждую пятницу):
КТО ПОЛУЧАЕТ ЭТОТ ЗАРАБОТОК? ____ НАЗВАНИЕ МЕСТА РАБОТЫ (ИЛИ ИМЯ РАБОТОДАТЕЛЯ) И № ТЕЛЕФОНА ____ ДАТА НАЧАЛА РАБОТЫ ____ Является ли эта работа собственным бизнесом? ☐ Да ☐ Нет	ОБЩАЯ СУММА ЗАРАБОТКА (В ДОЛЛАРАХ ДО ВЫЧЕТА НАЛОГОВ) $____ в: ☐ час ☐ неделю ☐ две недели ☐ пол-месяца ☐ месяц Количество часов в неделю: ____ Дни оплаты (напр., 1-ое или 15-ое, либо каждую пятницу):

2. Я, мой супруг (моя супруга) или другие лица, от имени которых я подаю заявление, в течение последних 60 дней оставили работу:

3. ДРУГОЙ ДОХОД	КТО ПОЛУЧАЕТ ЭТОТ ДОХОД?	ОБЩАЯ СУММА В МЕСЯЦ	КТО ПОЛУЧАЕТ ЭТОТ ДОХОД?	ОБЩАЯ СУММА В МЕСЯЦ
Пособие по безработице		$		$
Пенсия Social Security		$		$
Пособие SSI		$		$
Алименты на ребенка или супруга(-у)		$		$
Пенсия с места бывшей работы		$		$
Ветеранская пенсия или бенефиты военнослужащего		$		$
Пособие L&I или страховые бенефиты		$		$
Выплаты доверительного фонда		$		$
Проценты		$		$
Бенефиты железнодорожника		$		$
Другое:		$		$
Другое:		$		$
Другое:		$		$

V. Аннуитет – периодические выплаты из какого-либо фонда

Если вы или ваш супруг(-а) получаете какие-либо периодические выплаты, находясь на программе Long Term Care страховки Medicaid, вы обязаны переоформить получаемый аннуитет таким образом, чтобы штат Вашингтон являлся получателем оставшихся выплат.

НА КОГО ОФОРМЛЕН АННУИТЕТ?	ГДЕ СОДЕРЖИТСЯ?	СУММА ИЛИ СТОИМОСТЬ	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД	ДАТА ОФОРМЛЕНИЯ
		$	$	
		$	$	
		$	$	



ИМЯ, ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ	НОМЕР СОЦОБЕСПЕЧЕНИЯ	ПЕРСОНАЛЬНЫЙ НОМЕР В СИСТЕМЕ СОЦОБЕСПЕЧЕНИЯ

VI. Ежемесячные расходы

КВАРТПЛАТА $	МОРГИДЖ $	ОПЛАТА ЗА КОММУНАЛЬНЫЙ ВИД ЖИЛЬЯ $
СТРАХОВАНИЕ СОБСТВЕННОГО ДОМА ИЛИ КВАРТИРЫ $	НАЛОГИ НА СОБСТВЕННЫЙ ДОМ ИЛИ КВАРТИРУ $	ОЦЕНОЧНАЯ СТОИМОСТЬ СОБСТВЕННОГО ДОМА ИЛИ КВАРТИРЫ $

Коммунальные услуги (отметьте всё, что к вам относится): ☐ электричество **(без отопления)** ☐ телефон ☐ отопление (газ, электричество, масло) ☐ вода, канализация, сбор мусора

Другое лицо или агентство помогает оплачивать стоимость моего жилья частично или полностью: ☐ Да ☐ Нет

Если да, кто? ____________ Что именно они оплачивают? ____________ Сколько они платят? $ ____________

Я или мы оплачиваем, либо должны оплачивать следующее (отметьте всё, что к вам относится):

☐ Уход за рабенком либо другим зависимым от вас членом семьи	Сумма в месяц: $	Кто должен оплачивать?
☐ Алименты	Сумма в месяц: $	Кто должен платить?
☐ Медицинские счета	Сумма в месяц: $	Кто должен оплачивать?

VII. Уполномоченный представитель

Уполномоченный представитель – это лицо, которому вы разрешили представлять вас в DSHS по вопросу получения пособий. Вы можете назвать любое лицо, но делать это не обязательно.

У вас есть уполномоченный представитель? ☐ Да ☐ Нет Если да, сообщите нам его/её данные.

ИМЯ, ФАМИЛИЯ	РОДСТВО ПО ОТНОШЕНИЮ К ВАМ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
№ ДОМА, УЛИЦА, КВАРТИРА	ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС

Декларация и подписи

Я прочитал (или мне объяснили) мои права и обязанности, и я получил экземпляр документа «Права и обязанности клиента системы соцобеспечения» (код документа: DSHS 14-113).

Я должен (должна) сообщать обо всех изменениях в соответствии с требованиями DSHS.

Я должен (должна) предоставить доказательства того, что имею право на пособия.

DSHS имеет возможность помочь мне получить такие доказательства и связаться с другими лицами либо агентствами с этой целью.

Если я буду получать пособия по программе временной помощи нуждающимся семьям (TANF) или медицинского страхования, я предоставляю штату Вашингтон определенные права, касающиеся ухода за детьми и медицинского обслуживания.

Если я подаю заявление на получение пособия медицинского страхования и получу их, я (мы) предоставляем штату Вашингтон права на обеспечение медицинского обслуживания и оплату соответствующих медицинских счетов, выставляемых третьими сторонами, в течение всего времени получения указанных пособий.

Я заявляю под страхом ответственности за лжесвидетельство, что все сведения, указанные в настоящем заявлении, являются правдивыми, верными и полными, насколько мне это известно.

Я понимаю, что подвергнусь уголовному преследованию, если в результате предоставления заведомо ложных сведений или утаивания сведений, которые я обязан(а) был(а) сообщить, стану неправомерно получать денежную, продовольственную или медицинскую помощь.

Если заявление подается только на продовольственную помощь, достаточно подписи основного заявителя.

Если заявление подается на денежную или медицинскую помощь, оно должно быть подписано всеми взрослыми членами семьи.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ДАТА	ПОДПИСЬ ВТОРОГО ВЗРОСЛОГО ЗАЯВИТЕЛЯ ДАТА
ИМЯ, ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ (РАЗБОРЧИВО)	ИМЯ, ФАМИЛИЯ ВТОРОГО ВЗРОСЛОГО ЗАЯВИТЕЛЯ (РАЗБОРЧИВО)
ПОДПИСЬ ЛИЦА, ПОМОГАВШЕГО ЗАПОЛНИТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ, ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ДАТА	ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ, ЕСЛИ ВМЕСТО ПОДПИСИ СТОИТ КРЕСТИК ДАТА
ИМЯ, ФАМИЛИЯ ЛИЦА, ПОМОГАВШЕГО ЗАПОЛНИТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ, ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ (РАЗБОРЧИВО)	ИМЯ, ФАМИЛИЯ СВИДЕТЕЛЯ, ЕСЛИ ВМЕСТО ПОДПИСИ СТОИТ КРЕСТИК (РАЗБОРЧИВО)

14001



ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОКУМЕНТАХ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ ГРАЖДАНСТВО И УДОСТОВЕРЯЮЩИХ ЛИЧНОСТЬ
CITIZENSHIP DOCUMENTATION AND IDENTITY DECLARATION

CLID

Граждане, подающие заявление о предоставлении медицинской страховки, должны представить документы, подтверждающие гражданство и личность заявителя.

Приложите имеющийся у вас документ, подтверждающий гражданство или удостоверяющий личность, например копию следующих документов:

- Паспорт гражданина США, членский билет племени, свидетельство о натурализации или гражданстве США каждого взрослого и ребенка, являющихся членами вашей семьи и подающих заявку на получение или получающих медицинские льготы, **ИЛИ**

Имеющийся у вас документ, подтверждающий гражданство, например копию следующих документов:

- Заверенное свидетельство о рождении **и**
- **Документ, удостоверяющий личность каждого из членов вашей семьи старше 16 лет** (например, водительское удостоверение, школьное удостоверение личности с фотографией, военный билет, выданное штатом удостоверение личности и т.д.), подающих заявку на получение или получающих медицинские льготы.

Или ответьте на нижеприведенные вопросы о каждом члене вашей семьи, не имеющем документа, подтверждающего гражданство или удостоверяющего личность.

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что, насколько мне известно, приведенная ниже информация о каждом из членов моей семьи, подающих заявку на получение или пользующихся медицинской страховкой, является достоверной, точной и полной. Я предоставляю Департаменту социального обеспечения и здравоохранения штата Вашингтон (DSHS) полномочия на получение свидетельств (а) о рождении или других необходимых документов обо мне или других членах моей семьи.

Подписано ______ числа ______ месяца ______ 20 ___ г., в ____________________, штат Вашингтон.

ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	ПОДПИСЬ

ИМЯ, ДАННОЕ ПРИ РОЖДЕНИИ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО И ФАМИЛИЯ):	
ДАТА РОЖДЕНИЯ	МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ШТАТ, ОКРУГ И ГОРОД)
ИМЯ ОТЦА (ИМЯ, ОТЧЕСТВО И ФАМИЛИЯ):	
ДЕВИЧЬЕ ИМЯ МАТЕРИ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО И ФАМИЛИЯ):	
ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ГРАЖДАНСТВО ИЛИ УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ, ОТСУТСТВУЕТ В СВЯЗИ С ТЕМ, ЧТО	

ИМЯ, ДАННОЕ ПРИ РОЖДЕНИИ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО И ФАМИЛИЯ):	
ДАТА РОЖДЕНИЯ	МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ШТАТ, ОКРУГ И ГОРОД)
ИМЯ ОТЦА (ИМЯ, ОТЧЕСТВО И ФАМИЛИЯ):	
ДЕВИЧЬЕ ИМЯ МАТЕРИ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО И ФАМИЛИЯ):	
ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ГРАЖДАНСТВО ИЛИ УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ, ОТСУТСТВУЕТ В СВЯЗИ С ТЕМ, ЧТО	

ИМЯ, ДАННОЕ ПРИ РОЖДЕНИИ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО И ФАМИЛИЯ):	
ДАТА РОЖДЕНИЯ	МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ШТАТ, ОКРУГ И ГОРОД)
ИМЯ ОТЦА (ИМЯ, ОТЧЕСТВО И ФАМИЛИЯ):	
ДЕВИЧЬЕ ИМЯ МАТЕРИ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО И ФАМИЛИЯ):	
ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ГРАЖДАНСТВО ИЛИ УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ, ОТСУТСТВУЕТ В СВЯЗИ С ТЕМ, ЧТО	

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОСТАЛЬНЫХ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ НА ОБОРОТЕ



ИМЯ, ДАННОЕ ПРИ РОЖДЕНИИ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО И ФАМИЛИЯ):	
ДАТА РОЖДЕНИЯ	МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ШТАТ, ОКРУГ И ГОРОД)
ИМЯ ОТЦА (ИМЯ, ОТЧЕСТВО И ФАМИЛИЯ):	
ДЕВИЧЬЕ ИМЯ МАТЕРИ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО И ФАМИЛИЯ):	
ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ГРАЖДАНСТВО ИЛИ УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ, ОТСУТСТВУЕТ В СВЯЗИ С ТЕМ, ЧТО	

ИМЯ, ДАННОЕ ПРИ РОЖДЕНИИ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО И ФАМИЛИЯ):	
ДАТА РОЖДЕНИЯ	МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ШТАТ, ОКРУГ И ГОРОД)
ИМЯ ОТЦА (ИМЯ, ОТЧЕСТВО И ФАМИЛИЯ):	
ДЕВИЧЬЕ ИМЯ МАТЕРИ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО И ФАМИЛИЯ):	
ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ГРАЖДАНСТВО ИЛИ УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ, ОТСУТСТВУЕТ В СВЯЗИ С ТЕМ, ЧТО	

ИМЯ, ДАННОЕ ПРИ РОЖДЕНИИ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО И ФАМИЛИЯ):	
ДАТА РОЖДЕНИЯ	МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ШТАТ, ОКРУГ И ГОРОД)
ИМЯ ОТЦА (ИМЯ, ОТЧЕСТВО И ФАМИЛИЯ):	
ДЕВИЧЬЕ ИМЯ МАТЕРИ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО И ФАМИЛИЯ):	
ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ГРАЖДАНСТВО ИЛИ УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ, ОТСУТСТВУЕТ В СВЯЗИ С ТЕМ, ЧТО	

ИМЯ, ДАННОЕ ПРИ РОЖДЕНИИ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО И ФАМИЛИЯ):	
ДАТА РОЖДЕНИЯ	МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ШТАТ, ОКРУГ И ГОРОД)
ИМЯ ОТЦА (ИМЯ, ОТЧЕСТВО И ФАМИЛИЯ):	
ДЕВИЧЬЕ ИМЯ МАТЕРИ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО И ФАМИЛИЯ):	
ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ГРАЖДАНСТВО ИЛИ УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ, ОТСУТСТВУЕТ В СВЯЗИ С ТЕМ, ЧТО	

ИМЯ, ДАННОЕ ПРИ РОЖДЕНИИ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО И ФАМИЛИЯ):	
ДАТА РОЖДЕНИЯ	МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ШТАТ, ОКРУГ И ГОРОД)
ИМЯ ОТЦА (ИМЯ, ОТЧЕСТВО И ФАМИЛИЯ):	
ДЕВИЧЬЕ ИМЯ МАТЕРИ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО И ФАМИЛИЯ):	
ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ГРАЖДАНСТВО ИЛИ УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ, ОТСУТСТВУЕТ В СВЯЗИ С ТЕМ, ЧТО	



ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ КЛИЕНТА
CLIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

FOR OFFICE USE ONLY	
CASE NAME	CLIENT ID NUMBER

Я обязан (а):

- Сообщить Департаменту, если я забеременею, мне потребуется срочная медицинская помощь, я окажусь в экстренной ситуации (например, у меня не будет денег для покупки пищи или мне будет угрожать выселение), чтобы Департамент DSHS мог рассмотреть мой запрос о предостаялении пособий как можно скорее.
- Предоставлять информацию, необходимую Департаменту для определения наличия у меня права на получение пособий. Предостаяляемая мной информация подлежит проверке федеральными служащими и служащими штата. Прояерки могут включать я себя контрольные контакты со стороны сотрудников Департамента, включая контакты со стороны следояателей по делам о мошенничестяе.
- При необходимости предоставлять подтверждающие документы. При наличии трудностей с предоставлением подтнерждающих документов Департамент может помочь мне получить их или сяязаться с другими лицами или органами для их получения.
- Сообщать об изменениях, если я хочу, чтобы Департамент скорректировал предоставляемую мне помощь по программе Basic Food. Если я не сообщу и не предостаялю доказательств данных издержек, то тем самым я заявляю, что я не хочу, чтобы Департамент учитывал данные издержки при определении наличия у меня праяа на увеличение объема помощи по программе Basic Food.
- Сообщать об изменениях я соответствии с правилами департамента, приведенными в положениях 388-418 WAC. В подтверждающем письме, направленном мне департаментом, указано, о каких именно изменениях я должен сообщать. Я должен сообщить об указанных изменениях до десятого числа месяца, следующего за тем, в котором произошли эти изменения.
- Оказывать содействие Отделу по вопросам помощи детям (Division of Child Support, DCS) в случае принятия мною субсидий в рамках программы TANF или помощи в оплате медицинского обслуживания. Я обязан (а) помогать отделу DCS устанавливать, изменять или взыскивать в принудительном порядке выплаты на содержание детей, находящихся на моем попечении, а также при необходимости устанавлияать отцовство. Я могу отказаться оказыаать содействие отделу DCS, если я смогу представить достаточные основания, позволяющие полагать, что в случае оказания мной содействия отделу DCS я, мои дети или дети, находящиеся на моем попечении, могут подвергнуться риску причинения вреда со стороны родителя, не являющегося опекуном.
- Подавать заявления и прилагать обоснованные усилия для получения потенциального дохода от других организаций, если я подаю заявление о предоставлении или получаю предоставляемые Департаментом денежную помощь, медицинское пособие для семей, в которых есть дети, медицинское пособие по беременности или медицинские пособия, связанные с дополнительной социальной помощью (SSI).
- По требованию заполнять все необходимые формы отчетов и формы проверок.
- Искать, получать и сохранять работу или участвовать в других мероприятиях, если это необходимо для получения денежной помощи или продовольстяенной помощи по программе Basic Food.
- Предъявлять медицинскую карточку-удостоверение или письмо Департамента о наличии соответствующего права лицу, предоставляющему мне медицинские услуги.
- Сообщить Департаменту, если я хочу, чтобы какое-либо другое лицо получало продовольственную помощь Basic Food от моего имени.
- Оказывать содействие в процессе проверок, проводимых с целью контроля качества.

Я понимаю, что:

- Получая временную помощь нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) или медицинские пособия, я передаю отделу DCS свои права на выплаты на содержание детей, выплаты на содержание супруга (и) и выплаты на медицинское обслуживание. Это означает, что отдел DCS может удерживать причитающиеся мне выплаты я пределах полученной мною суммы государственной социальной помощи. Если я получаю только пособия программы медицинской помощи, отдел DCS будет предоставлять полные услуги по язысканию яыплат на содержание детей, если я не сообщу отделу я письменной форме о том, что я не нуждаюсь в таких услугах.
- Я обязан (а) сообщать отделу DCS, если я получал (а) выплаты или пособия на содержание детей одноyременно с получением помощи TANF.
- В случае прекращения получения мною помощи TANF или пособий по программе медицинского обслуживания я обязан (а) сообщить отделу DCS о любых изменениях, влияющих на выплаты на содержание детей, таких как переезд ребенка или изменение моего адреса.
- Если я получаю помощь TANF, я могу попросить о предоставлении мне доnолнительных денежных средств, которые помогут мне оплатить временные непредвиденные жилищные расходы.
- Я обязан (а) предоставлять номера социального обеспечения (SSN)* или данные об иммиграционном статусе только тех лиц, которые подают заявление на предоставление пособий. Если я решу не предостаялять номера социального обеспечения или данные об иммиграционном статусе членов семьи, которые не подают заявления на предостаяление пособий, то, несмотря на это, доход и ресурсы каждого члена семьи все равно должны быть проверены, если это потребуется для определения наличия права на участие в программе.
- Я могу быть исключен (а) из программы Basic Food за нарушение правил программы согласно предупреждению о штрафных санкциях в отношении участников программы Basic Food, приведенному на второй странице данного документа.
- Подавая запрос о предоставлении и получая пособия на медицинское обслуживание, я (мы) передаю (ем) штату Вашингтон мои (наши) права на получение помощи по медицинскому обслуживанию и любые платежи третьих сторон за медицинское обслужияание для оплаты покрываемых медицинских услуг при получении пособий по медицинскому обслужияанию.
- По закону, если я достиг (ла) возраста 55 лет И ПРИ ЭТОМ получаю помощь программы Medicaid или услуги по долгосрочному уходу, Департамент DSHS имеет право возместить расходы за счет моего имущества (активов, которыми я буду располагать на момент смерти), чтобы возместить Департаменту DSHS стоимость предоставления медицинской помощи, медицинских услуг или услуг по долгосрочному уходу. Департамент DSHS может возмещать стоимость финансируемых только штатом услуг по долгосрочному уходу, полученных в любом возрасте. Это называется ВОЗМЕЩЕНИЕМ ЗА СЧЕТ ИМУЩЕСТВА К услугам по долгосрочному уходу относятся услуги программ: COPES, OBRA, индивидуальный уход в рамках программы Medicaid, услуги домов престарелых и инвалидов, дневной медицинский уход за совершеннолетними лицами, частный медсестринский уход и четыре исключительные программы DDD HCBS: базовая (Basic), базовая плюс (Basic Plus), основная (Core) и общественная защита (Community Protection), а также прочие услуги, предоставляемые Отделением по оказанию услуг на дому и по месту жительства (Home and Community Services) и Отделом помощи лицам, имеющим инвалидность вследстяие порока развития (Division of Developmental Disabilities).
- Возмещение расходов за счет имущества не может быть произведено до момента моей смерти и смерти пережившего меня супруга (и), если таковой (ая) имеется. Если у меня есть наследники, являющиеся моими иждивенцами, то возмещение расходов за счет имущества может быть отсрочено ввиду определенных материальных трудностей.
- Я могу отказаться разговаривать со следователем по вопросам заблаговременного выявления фактоя мошенничества (Fraud Early Detection, FRED) Отдела по расследованию фактов мошенничества (Division of Fraud Investigation). Я не обязан (а) впускать следователя к себе домой. Я могу попросить следователя прийти в другое время. Это не повлияет на мое право на получение пособий.
- Мой яыбор может быть ограничен одним лицом или организацией, предоставляющими медицинские услуги, одной аптекой и/или больницей, если я буду обращаться за ненужными медицинскими услугами.
- Я могу попросить провести объективное слушание дела в случае моего несогласия с каким-либо решением Департамента по моему делу. Я могу также попросить о пересмотре оспариваемого решения или действия инспектором или администратором без ущерба своему праяу на объективное слушание дела.

Департамент обязан:

- Принять заявление на участие н любой предлагаемой Департаментом DSHS программе, в котором будет указано ваше имя, адрес и подпись, в тот же день, когда вы обратитесь к нам.
- Помогать нам при заполнении форм, если вы обратитесь к нам за помощью.
- Рассмотреть ваше заявление на участие в программе Basic Food в течение пяти (5) дней, если вы имеете право на ускоренное обслуживание.
- Выдать вам расписку в получении, если вы оставляете заявление или другие материалы в Департаменте и просите предоставить вам такую расписку.
- Предоставить вам решение в письменном виде не позднее 30 дней (в большинстве случаев). На рассмотрение некоторых медицинских случаев и случаев, имеющих отношение к инвалидности, может потребоваться 45-60 дней. Разрешение на участие в программе медицинского обслуживания беременных женщин предоставляется в течение 15 рабочих дней.
- Выделить вам по меньшей мере 10 дней для предоставления сведений, необходимых для того, чтобы определить наличие у вас права на участие н программе. Если вы не предоставите нам информацию, необходимую для определения наличия у вас права на участие в программе, или попросите дать вам дополнительное время на предоставление информации, то мы можем отказать вам в предоставлении пособий.
- Направить вам письменное уведомление по меньшей мере за 10 дней (в большинстве случаев) до того, как вступят в силу изменения, в результате которых размер ваших пособий будет сокращен или их выплата будет прекращена.
- Соблюдать конфиденциальность предоставляемой вами информации. Мы можем сообщать некоторые данные другим органам с целью эффективного управления федеральными программами.
- Рекомендовать вам продолжить оформление заявления на участие в программе Basic Food, даже если вы не имеете права на участие в других программах помощи.
- Уведомить вас о том, что правило, в соответствии с которым установлен предельный срок пользования программой временной помощи нуждающимся семьям (TANF), равный 60 месяцам, не распространяется на ваши пособия по программе Basic Food, медицинские пособия и пособия по уходу за детьми.
- Рассмотреть ваше заявление на предоставление медицинской помощи, даже если вы не имеете права на участие в других программах помощи.
- Прежде чем выплата вам пособий будет прекращена, продолжать предоставлять вам медицинскую помощь в течение того времени, пока мы принимаем решение о том, имеете ли вы право на участие в других медицинских программах.
- Бесплатно предоставлять вам услуги устного или письменного перевода так, чтобы не возникало существенных задержек в выплате вам пособий.
- Оказывать вам содействие при регистрации для участия в голосованиях.
- Сообщать данные, содержащиеся в карте прививок вашего ребенка, Службе надзора за иммунизацией детей (Child Profile Immunization Tracking System).

Предупреждение о штрафных санкциях в отношении участников программы Basic Food

Мы передаем информацию о лицах, подающих заявления на участие в программе продовольственной помощи Basic Food, в другие федеральные органы с целью проверки правильности информации. Если какая-либо информация окажется недостоверной, то лица, подающие заявления, могут не получить право на участие в программе Basic Food. В случае предоставления заведомо ложной информации возможно привлечение данного лица к уголовной ответственности. Штрафные санкции за умышленное нарушение правил программы Basic Food могут быть различными: от лишения права на участие в программе до штрафов или возможного лишения свободы.

Предупреждение о штрафных санкциях за несоблюдение требований об участии в работах в рамках программы Basic Food

Если от меня требуется участие в обязательных работах в рамках программы Basic Food и я не буду принимать в них участие, то за первое нарушение я могу быть лишен (а) права на участие в программе сроком на один месяц, а также пока я не стану соблюдать данные требования; за второе нарушение - на три месяца, а также пока я не стану соблюдать данные требования; за третье и каждое последующее нарушение - на шесть месяцев, а также пока я не стану соблюдать данные требования.

Предупреждение о штрафных санкциях за использование карточки электронного перевода пособий (EBT) или денежных средств, полученных по такой карточке, в азартных играх

Использование карточки электронного перевода пособий (Electronic Benefits Transfer, EBT) в азартных играх является нарушением закона. Кроме того, противозаконно использование в азартных играх денежных средств, полученных по карточке EBT. К азартным играм относится следующее: лотерейные билеты, моментальные лотереи с отрывными билетами или билетами, в которых пробиваются дырочки, бинго, скачки, игры в казино и другие азартные игры в соответствии с определением положений RCW 9.46, 67.16 и 67.70. Использование денежных средств, полученных посредством EBT, в азартных играх может привести к возбуждению дела в суде, к передаче управления деньгами, полученными посредством EBT, получателю денежных средств, осуществляющему попечительство, или к потере всей денежной помощи.

В соответствии с федеральным законодательством и правилами Департамента сельского хозяйства США (U.S. Department of Agriculture, USDA) и Департамента здравоохранения и обслуживания населения США (U.S. Department of Health and Human Services, HHS), со стороны данного учреждения запрещена дискриминация на основании расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста или инвалидности. Кроме того, согласно Закону об обеспечении продовольственными талонами (Food Stamp Act) и политике Департамента сельского хозяйства США (USDA) также запрещена дискриминация на основании религии и политических убеждений.

Чтобы подать жалобу, если вы подверглись дискриминации, обратитесь в Департамент сельского хозяйства США (пишите по адресу: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20250-9410 или позвоните по телефону (202) 720-5964 - голосовой телефон и линия TDD) или в Департамент здравоохранения и обслуживания населения (пишите по адресу: HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 или позвоните по телефону (202) 619-0403 (голосовой телефон) или (202) 619-3257 (линия TDD)). Департамент сельского хозяйства США (USDA) и Департамент здравоохранения и обслуживания населения (HHS) являются поставщиками услуг и работодателями, предоставляющими равные возможности.

*Предоставляемые номера социального обеспечения будут использоваться федеральными органами или органами штата для проверки личности членов семьи, проверки наличия прав на участие в программе, недопущения фактов двойного участия, получения жалоб и обмена информацией посредством компьютеров с другими органами с целью контроля соблюдения правил программы и координации программы. Кроме того, эта информация может быть предоставлена правоохранительным органам для задержания лиц, скрывающихся от правосудия. Сбор информации о номерах социального обеспечения разрешен Законом об обеспечении продовольственными талонами (Food Stamp Act) 1977 г. с внесенными в него поправками, 7 U.S.C. 2011-2036.



Application for Benefits

If you need help reading or completing this form, please ask us for help.

How do I apply for benefits?

- To complete the application process, fill out pages 3, 4, 5 and 6.
- Check the box on page 3 if you need help.
- Take or mail it to your local office.
- If you don't have an address, tell the receptionist.
- **For cash and medical assistance, benefits start when you provide all the information we need to determine that you are eligible.**

What if I need food right away?

Fill-in Questions 1 through 14, and take it to the receptionist now. If you are not in the local office, mail this application or bring it into the local office.

- To start the application process, give us your name, address, and signature on page 3.
- For food assistance, your benefits are effective on the date you apply.

You may get food assistance within five (5) days from the date we get your application if:

- You show proof of your identity; **and**
- Your household has very little income or resources; **or**
- Your household's income and resources are not enough to cover your monthly rent and utilities combined, **or**
- Your household includes a destitute migrant or seasonal farm worker.

Important Information about your Civil Rights

In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture (USDA) and U.S. Department of Health and Human Services (HHS) policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. Under the Food Stamp Act and USDA policy, discrimination is prohibited also on the basis of religion or political beliefs. To file a complaint of discrimination, contact USDA or HHS. Write USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 or call (800) 795-3272 (voice) or (202) 720-6382 (TTY). Write HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 or call (202) 619-0403 (voice) or (202) 619-3257 (TTY). USDA and HHS are equal opportunity providers and employers.

Important Information about Immigration Status and Social Security Numbers

- You can apply for benefits for part of your family even if some family members may be ineligible because of immigration status. Washington State has some medical programs for people without Social Security Numbers or proof of immigration status.
- If you need cash or food assistance, you need to provide Social Security numbers or immigration status only for people who are applying. You may still provide the Social Security number voluntarily for those who are not applying and we will use it only to verify needed information to determine eligibility, such as your income. The income and resources of household members who do not apply may still have to be verified.

Important Information about Citizenship and Identity for Medicaid

U.S. citizens must prove citizenship and identity to receive Medicaid. We will work with you to obtain the proof. If we require a document that will cost you money, we will send for it and pay the cost. We don't need proof if you already received Medicare or Supplemental Security Income (SSI).

Proof of citizenship includes but is not limited to:

- U.S. passport.
- Certificate of Naturalization or Citizenship.
- Tribal membership card with picture.
- Official state/county U.S. birth certificate.

Proof of identity includes but is not limited to:

- State driver's license.
- State identity or military ID card with picture.
- U.S. American Indian/Alaska Native tribal document.
- Completed Citizenship Documentation and Identity Declaration form for children under 16.

Important Information about Privacy and Food Assistance

The current Food Stamp Act permits the department to collect the information we ask for on the application. We verify some of this information with computer matching programs.

We use this information to:

- Decide who is eligible for our programs.
- Collect overpayments of food assistance.
- Manage our programs.
- Make sure we follow the law.

We may give this information to:

- Federal and state Agencies for official use.
- Law Enforcement agencies pursuing people who are fleeing to avoid the law.
- Private collection agencies to collect food assistance overpayments.

Important Information about Repaying the State for Medical and Long Term Care

If you receive Medicaid or long-term care after your 55th birthday, the law allows us to recover from your estate (assets you own at the time of your death) to repay DSHS for the costs of medical assistance, medical services, and long term care. **We may recover the costs for state-only funded long-term care received at any age.** We cannot recover anything from your estate until after the deaths of both you and your spouse. If you have other heirs who are dependent, we may delay recovery that we decide would cause hardship. Tribal lands may be exempt from recovery.

If you are permanently living in a nursing home or other medical facility and receive Medicaid, DSHS may file a lien against your property to repay the costs of medical assistance, medical services and long-term care you have received. We will recover these costs from your estate or the sale of your property. If you return home, we release the lien. We do not file a lien against your home if:

- Your spouse lives there.
- Your child who is blind, disabled, or under 21 lives there.
- Your sibling who has an equity interest in the home lives there and has lived there for at least one year **immediately** before you entered the facility.

Long-Term Care includes COPES, Medicaid Personal Care, Nursing Home services, adult day health, private duty nursing, the four Division of Developmental Disabilities (DDD) Home and Community Based Service (HCBS) waivers - Basic, Basic Plus, Core, and Community Protection - and other services provided by DDD and by Home and Community Services.

Application for Benefits

Washington State Department of Social & Health Services

☐ If you need help filling out this form, please check this box.

FOR OFFICE USE ONLY
DATE RECEIVED | INITIALS

1. FIRST NAME	MIDDLE INITIAL	LAST NAME	SIGNATURE (REQUIRED)	2. CLIENT ID NUMBER (IF KNOWN)
3. STREET ADDRESS WHERE YOU LIVE	CITY	STATE	ZIP CODE	4. HOME OR MESSAGE PHONE NUMBER
5. MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT)	CITY	STATE	ZIP CODE	6. HOME OR MESSAGE PHONE NUMBER
				7. EMAIL ADDRESS
				8. CELL PHONE NUMBER

9. I am applying for (check all that apply):
☐ Cash ☐ Food ☐ Medical
☐ Nursing Home Care ☐ Drug and Alcohol Treatment ☐ COPES (Assisted Living or In-Home Care)
☐ Other (please list): ____________

10. How much money do you expect your household to get this month: $__________
11. How much money does your household have in cash and bank accounts: $__________
12. How much does your household pay for rent or mortgage: $__________
13. What utilities does your household pay for: ☐ Heating/cooling ☐ Telephone ☐ Other:__________
14. Is anyone in your household a seasonal or migrant farm worker? ☐ Yes ☐ No

FOR OFFICE USE ONLY - Household eligible for expedited service: ☐ Yes ☐ No Screener's Initials: ________ Date: ________

15. I need a phone interview because I'm: ☐ Elderly ☐ Disabled ☐ Working ☐ Other hardship: __________
16. ☐ I need a translator. I speak:__________ or ☐ sign; I want my letters in: __________
17. If applying for food assistance, how many people in your household do you buy and prepare food for:__________
18. In the past 30 days, I got cash, food, or medical assistance from another state or source: ☐ Yes ☐ No
19. I am or someone I'm applying for is fleeing from the law to avoid going to court or jail for a felony crime: ☐ Yes ☐ No
20. I or someone in my household have a (check all that apply): ☐ Pregnancy; due date: __________
☐ Medical emergency ☐ Eviction notice ☐ Utility shut off or no heat ☐ Domestic violence situation
☐ Disability (list type):

21. List everyone in your household even if you are not applying for them (attach additional sheets, if necessary).

NAME (FIRST, MIDDLE, LAST)	SEX M OR F	HOW IS THIS PERSON RELATED TO YOU?	DO YOU WANT BENEFITS FOR THIS PERSON? YES NO	BIRTHDATE	STUDENT? YES NO	OPTIONAL FOR NON-APPLICANTS: U.S. CITIZEN? YES NO	PLACE OF BIRTH (CITY/STATE)	SOCIAL SECURITY NUMBER
		Myself	☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
			☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
			☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
			☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
			☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
			☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		

22. The following information is voluntary and will not be used to determine your eligibility for benefits.
For food assistance: If you don't answer, the USDA requires us to answer for you.

My ethnic background is Hispanic or Latino: ☐ Yes ☐ No I consider my race to be (check all that apply):
☐ White ☐ Black or African American ☐ Asian ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander
☐ American Indian or Alaska Native; tribe name: ☐ Other (list):

I. General Information

1. Everyone I'm applying for lives in Washington State: ☐ Yes ☐ No If yes, since (list date): ___
2. I am or someone in my household is a sponsored alien: ☐ Yes ☐ No
3. Someone is temporarily out of my home: ☐ Yes ☐ No If yes, who (list): ___
4. I am or someone in my household is a veteran or dependent or spouse of a veteran (living or deceased): ☐ Yes ☐ No
5. I am living in: ☐ My own house or apartment ☐ Adult Family Home ☐ Group Home ☐ Facility (list type): ___ ☐ Other: ___
6. I am: ☐ Single ☐ Married ☐ Divorced ☐ Separated ☐ Widowed

II. Medical and Health Insurance Information

I or we (check appropriate box):

1. Have health problems that prevent me (us) from working ☐ Yes ☐ No
2. Have unpaid medical bills ☐ Yes ☐ No
3. Need help with unpaid medical bills for any of the past three (3) months ☐ Yes ☐ No
4. Plan to enter, are in, or recently left a medical facility (such as a hospital or nursing home) ☐ Yes ☐ No
5. Have health insurance (including Tricare or Long-Term Care Insurance) ☐ Yes ☐ No
6. Have Medicare (NOTE: This is not the same as having DSHS medical) ☐ Yes ☐ No
7. Had an accident requiring medical care ☐ Yes ☐ No

III. Resources

You do not need to complete this section if you are applying for Children's Medical or Pregnancy Medical ONLY.

In addition to the items listed below, other examples of resources include cash, money held by others, sales contracts, livestock, crops, and business equipment.

1. I, my spouse, or someone I'm applying for has resources: ☐ Yes ☐ No If yes, please list them below:

TYPE OF RESOURCE?	WHOSE RESOURCE IS IT?	WHERE IS THE RESOURCE? (E.G., NAME OF BANK)	AMOUNT OR VALUE	WHOSE RESOURCE IS IT?	WHERE IS THE RESOURCE? (E.G., NAME OF BANK)	AMOUNT OR VALUE
Checking account			$			$
Savings or credit union account(s)			$			$
CD or money market account(s)			$			$
Trusts			$			$
Stocks, bonds, or mutual funds			$			$
Retirement fund or IRA			$			$
Burial funds, plans, or plots			$			$
Life insurance			$			$
Property			$			$
Other:			$			$
Other:			$			$

2. I, my spouse, or someone I'm applying for has sold, traded, given away, or transferred a resource in the last five (5) years (includes transfers into trusts or life estates): ☐ Yes ☐ No If yes, what:
3. I have or someone I'm applying for has the following vehicles (including trucks, vans, boats, and trailers):

YEAR (E.G., 1980)	MAKE (E.G., FORD)	MODEL (E.G., ESCORT)	IS THIS VEHICLE LEASED?	i (WE) USE THIS VEHICLE FOR MEDICAL PURPOSES	i (WE) STILL OWE ON THIS VEHICLE
			☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
			☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

APPLICANT'S NAME	SOCIAL SECURITY NUMBER	CLIENT IDENTIFICATION NUMBER

IV. Income

1. I, my spouse, or someone I'm applying for has income from work: ☐ Yes ☐ No If yes, please list them below:

WHO MAKES THIS INCOME	GROSS AMOUNT RECEIVED (DOLLAR AMOUNT BEFORE TAXES) $ ________ every: ☐ Hour ☐ Week ☐ Two weeks ☐ Twice a month ☐ Month
EMPLOYER'S NAME AND PHONE NUMBER	
START DATE	Hours per week: ________
	Pay dates (e.g., 1st and 15th, or every Friday):
Is this job self-employment? ☐ Yes ☐ No	

WHO MAKES THIS INCOME	GROSS AMOUNT RECEIVED (DOLLAR AMOUNT BEFORE TAXES) $ ________ every: ☐ Hour ☐ Week ☐ Two weeks ☐ Twice a month ☐ Month
EMPLOYER'S NAME AND PHONE NUMBER	
START DATE	Hours per week: ________
	Pay dates (e.g., 1st and 15th, or every Friday):
Is this job self-employment? ☐ Yes ☐ No	

2. I, my spouse, or someone I'm applying for quit a job within the past 60 days: ☐ Yes ☐ No

3. OTHER INCOME	WHO GETS THE INCOME?	GROSS MONTHLY AMOUNT	WHO GETS THE INCOME?	GROSS MONTHLY AMOUNT
Unemployment benefits		$		$
Social Security		$		$
Supplemental Security Income (SSI)		$		$
Child support or spousal maintenance		$		$
Retirement or pension		$		$
Veterans Administration (VA) or military benefits		$		$
Labor & Industries (L&I) or insurance benefits		$		$
Trusts		$		$
Interest		$		$
Railroad benefits		$		$
Other:		$		$
Other:		$		$
Other:		$		$

V. Annuities

If you, or your spouse, have an interest in an annuity and you accept Medicaid Long Term Care benefits, you must name the State of Washington as a remainder beneficiary of the annuity.

WHO OWNS THE ANNUITY?	WHERE IS THE ANNUITY?	AMOUNT OR VALUE	MONTHLY INCOME	DATE PURCHASED
		$	$	
		$	$	
		$	$	

APPLICANT'S NAME	SOCIAL SECURITY NUMBER	CLIENT IDENTIFICATION NUMBER

VI. Monthly Expenses

RENT	MORTGAGE	SPACE RENT
$	$	$
HOMEOWNER'S INSURANCE	PROPERTY TAXES	PROPERTY ASSESSMENTS
$	$	$

Utilities (check all that apply): ☐ Electricity **(not heat)** ☐ Phone ☐ Heating (gas, electric, oil) ☐ Water, sewer, garbage

Another person or agency helps me pay either all or part of my shelter costs: ☐ Yes ☐ No

If yes, who: ____________ What expense: ____________ Amount they pay: $____________

I (we) pay or are supposed to pay (check all that apply):

☐ Child care or dependent care	Monthly amount: $	Who pays:
☐ Child support	Monthly amount: $	Who pays:
☐ Medical bills	Monthly amount: $	Who pays:

VII. Authorized Representative

An Authorized Representative is someone you allow DSHS to talk with about your benefits. You can name someone, but it is not required.

Do you have an Authorized Representative? ☐ Yes ☐ No

NAME	RELATIONSHIP	TELEPHONE NUMBER	
STREET ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE

Declaration and Signatures

I have read (or had explained to me) my rights and responsibilities and received a copy of the Client Rights and Responsibilities, DSHS 14-113.

I must report changes as required by the department.

I must provide proof I am eligible.

DSHS may help me get the proof or contact other persons or agencies for it.

By getting Temporary Assistance to Needy Families (TANF) or medical care benefits, I assign certain rights to child or medical care support to the State of Washington.

By asking for and receiving medical care benefits, I (we) assign to the State of Washington my (our) rights to medical care support and any third party payments for medical care to pay for covered medical services while receiving medical care benefits.

I declare under penalty of perjury that the information I gave in this application is true, correct, and complete to the best of my knowledge.

I understand that I can be criminally prosecuted if I incorrectly receive cash, food, or medical assistance because I have willfully made a false statement or willfully failed to report something I should report.

Only the applicant must sign if applying for food assistance.

If applying for cash or medical help, all adult household members must sign.

SIGNATURE OF APPLICANT	DATE	SIGNATURE OF OTHER ADULT APPLICANT	DATE
PRINTED NAME OF APPLICANT		PRINTED NAME OF OTHER ADULT APPLICANT	
SIGNATURE OF HELPER OR REPRESENTATIVE	DATE	SIGNATURE OF WITNESS IF SIGNED WITH AN "X"	DATE
PRINTED NAME OF HELPER OR REPRESENTATIVE		PRINTED NAME OF WITNESS IF SIGNED WITH AN "X"	

